

MODULO 13

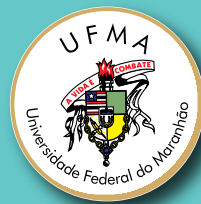
Saúde da Pessoa

IDOSA

A MORTE E O LUTO

CUIDADO PALIATIVO EM GERIATRIA

Unidade 1



Saúde da Pessoa

IDOSA

A MORTE E O LUTO

CUIDADO PALIATIVO EM GERIATRIA

Unidade 1

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

Coordenação Geral - Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenação Pedagógica - Deborah de Castro e Lima Baesse

Coordenação de Tecnologias e Hipermídias - Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís - MA. CEP: 65020-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva (CRB 13ª Região nº Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira

Fábio Alex

REVISÃO TÉCNICA

Luciana Branco da Motta

(Revisora técnica UERJ)

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais

(Revisora técnica UFMA)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

**A Morte e o luto: cuidado paliativo em Geriatria/ Marília Simon Sgambatti;
Maria José Sanches (Org.). - São Luís, 2014.**

19f. : il.

**1. Morte. 2. Luto. 3. Geriatria. 4. UNASUS/UFMA. I. Mota, Luciana Branco.
II. Morais, Adriana Oliveira Dias de Sousa. III. Título.**

CDU 613.98

PALAVRAS DAS AUTORAS

Em nossa sociedade, o enfrentamento do processo de morte representa um grande desafio para os envolvidos, o que se deve ao fato dele não ser incorporado ao processo de vida, ou seja, como uma fase do desenvolvimento humano. Além disso, representa um momento inquietante, envolto por incertezas e, muitas vezes, associado ao sofrimento. Até o momento, não existe um consenso do que é a morte e se sobrevivemos ou não a ela.

É importante ter claro que na velhice, muito mais do que a consciência da finitude, tem-se a consciência da própria morte e a consequente ausência de futuro pessoal. No idoso, a aproximação da morte faz emergir, principalmente, o medo da perda do controle de si mesmo. Sendo assim, nem sempre é a morte que os assusta, mas o medo de ficar a mercê da vontade dos profissionais da saúde e dos familiares. Portanto, à equipe de saúde cabe compreender o sentido da morte e apoiar a pessoa e a família nesse momento crítico e que demanda ações adequadas, principalmente pautadas no respeito às necessidades e desejos da pessoa.

Desejamos uma ótima leitura e um excelente passeio por esse conhecimento!

APRESENTAÇÃO

A unidade aborda, dentro de processo de envelhecimento, os princípios do Cuidado Paliativo, compreendidos como uma questão de cuidar associada às necessidades de alívio do sofrimento relacionado com a progressão da doença, considerando a clínica ampliada, na tentativa de dar melhor qualidade de vida neste período.

Em seguida, será abordado o processo da morte e o morrer, o luto, suas implicações frente ao indivíduo nesta fase e seus familiares, assim como as fases do luto. Por fim, a comunicação de más notícias será abordada de forma ética e respeitosa, considerando todas as possibilidades do contexto de vida do indivíduo.

Objetivos dessa unidade:

- Compreender o que é Cuidado Paliativo;
- Definir o processo da morte e do morrer;
- Discriminar o significado do luto e as intervenções frente a ele;
- Compreender o papel da equipe interdisciplinar frente aos cuidados paliativos, à morte e ao luto;
- Elencar os cuidados necessários na comunicação de más notícias.

SUMÁRIO

1 CUIDADO PALIATIVO EM GERIATRIA.....	8
2 PROCESSO DA MORTE E DO MORRER.....	12
3 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.....	14
4 SÍNTESE DA UNIDADE.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

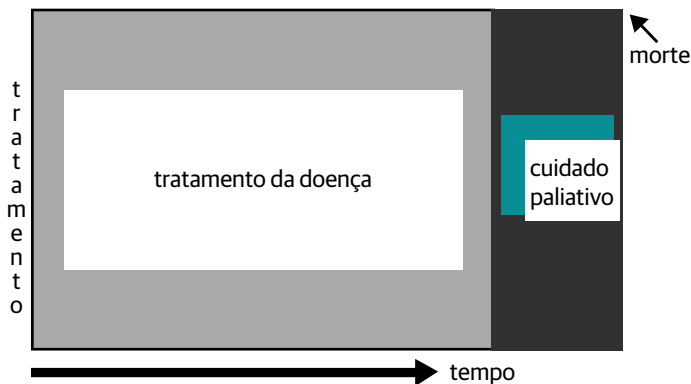
UNIDADE 1

1 CUIDADO PALIATIVO EM GERIATRIA

Devido à natureza complexa, multidimensional e dinâmica da doença, o Cuidado Paliativo avança como um modelo terapêutico que visa olhar as propostas terapêuticas e os diversos sintomas dos sofrimentos físico, psíquico, espiritual e social, responsáveis por diminuir a qualidade de vida do paciente. Trata-se de uma área em crescimento e cujo progresso compreende estratégias diversas que englobam bioética, comunicação e natureza do sofrimento (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

O aumento da prevalência de condições crônicas faz com que o processo de CUIDADO deva ser iniciado junto às ações de tratamento. Na verdade, o cuidado paliativo é entendido como o cuidado na fase terminal de doença (Figura 1), mas, atualmente, perpassa por toda a trajetória das ações junto a este indivíduo e sua família. Anteriormente, pensava-se assim:

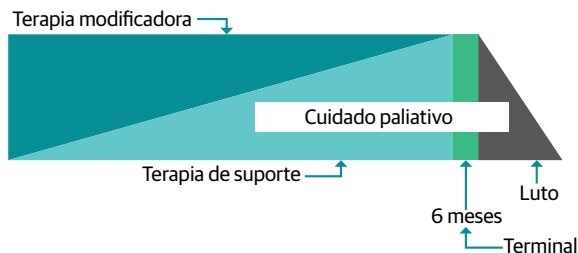
Figura 1- Trajetória das ações sobre Cuidado Paliativo na fase terminal da doença



Fonte: HALTER JB, OUSLANDER JG, TINETTI ME et al. (eds) **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**, 6th edn. McGraw-Hill: New York, 2009..

Atualmente, o cuidado é proposto no início, junto à terapia modificadora, terminando após o luto, conforme ilustrado na figura a seguir:

Figura 2- Trajetória das ações sobre Cuidado Paliativo no início do tratamento



Fonte: HALTER JB, OUSLANDER JG, TINETTI ME et al. (eds) **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**, 6th edn. McGraw-Hill: New York, 2009..

Estes cuidados na Geriatria estão relacionados com o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas que acometem os idosos ao longo da vida, acarretando-lhes complicações que muitas vezes geram necessidades no âmbito físico, psíquico, espiritual e social. Há de se avaliar de forma ampliada, não apenas o idoso, mas também todos os atores envolvidos no processo do cuidar.

Muito ainda se tem a aprender como lidar com este processo, pois com o avanço da tecnologia nas últimas décadas, a idade média de pessoas idosas aumentou, mas, infelizmente, ainda não estamos agindo, muitas vezes, de acordo com as necessidades expressadas pelo idoso e sua família. Olhamos para o prolongamento da vida, sem avaliar de forma mais fidedigna a dor e o sofrimento alheio. Segundo a definição da OMS, revista em 2002, Cuidado Paliativo é:

[...] uma abordagem multidisciplinar que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças progressivas e irreversíveis, que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (ACademia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009).

Poder compartilhar este momento tão crucial de vida junto a pacientes e seus familiares é de extremo crescimento pessoal e profissional, o que nos leva à vivência e reflexão de toda uma prática profissional voltada a questões éticas e humanitárias. Destacam-se algumas considerações importantes para profissionais no Cuidado Paliativo:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (ACademia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009).

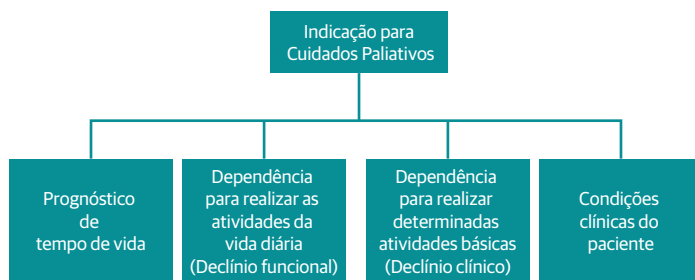
SAIBA MAIS!

Leia o “Manual de cuidados paliativos”, publicado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos em 2009. Acesse: <<http://goo.gl/wuErqS>>

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), devido à dificuldade de avaliar e cuidar do sofrimento de pacientes nesta fase de vida foram estabelecidos alguns critérios de recomendação para Cuidados Paliativos (CP) (Figura 3), considerando a possibilidade de indicação para

aqueles pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que apresentam sofrimento de moderado a intenso e que optam por manutenção de conforto e dignidade da vida.

Figura 3 - Critérios de recomendação para Cuidados Paliativos



VAMOS PRATICAR!

Verifique, no seu município ou junto à sua equipe, se existem pacientes idosos em alguma das situações acima que você indicaria para cuidados paliativos. Se positivo, analise como você avaliaria de acordo com os conhecimentos até aqui adquiridos.

Aqui poderiam ser apresentados os critérios de CP em diferentes condições não oncológicas de forma que o aluno possa fazer a verificação solicitada. Acreditamos que no organograma acima estão os critérios de CP independente da condição dos pacientes e que os profissionais devam verificar qual possibilidade mais se apropria dos pacientes por eles atendidos e acompanhados.

De acordo com as considerações supracitadas, é de fundamental importância que, após a indicação para os cuidados paliativos, os pacientes possam ser avaliados periodicamente frente à sua evolução e um plano de cuidados interdisciplinar possa ser implementado, considerando suas necessidades de saúde de forma mais ampliada possível, além de considerar também as necessidades de seus familiares.

FIQUE ATENTO!

Alguns impressos usados em unidades de Cuidados Paliativos, que devem ser simples, de fácil visualização e preenchimento, sem omitir informações fundamentais, são indicados pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, acessíveis para download no site da ANCP: www.paliativo.org.br.

2 PROCESSO DA MORTE E DO MORRER

Para Morin (1997), “a espécie humana é a única para a qual a morte está presente durante a vida, a única que faz acompanhar a morte de ritos fúnebres, a única que crê na sobrevivência ou no renascimento dos mortos”.

Morreu o grande Guimarães Rosa, morreu meu belo Carlito, filho de meus amigos Lucinda e Justino Martins, morreu meu querido cunhado, o embaixador do Brasil nos Estados Unidos, Mozart Gurgel Valente, morreu o filho do Dr. Neves Manta, morreu uma menina de 13 anos do meu edifício deixando a mãe tonta, morreu o meu tonitruante amigo Marino Besouchet. Desculpem, mas se morre (Clarice Lispector).

Na sociedade atual, que se encontra permeada pelos ideais capitalistas, individualistas e de crescente avanço do conhecimento e descobertas, a morte cada vez mais se torna inaceitável e permeada por conflitos, seja em relação à própria morte, à de familiares, ou mesmo enquanto profissional que acompanha esse momento, deixando em evidência distintos sentimentos, como raiva, tristeza, barganha e negação, que necessitam, inicialmente, serem reconhecidos, para um adequado enfrentamento do processo (AGRA; ALBUQUERQUE, 2008).

O processo de morte, nos últimos tempos, vem ocorrendo, predominantemente, em instituições para idosos e enfermos, na tentativa de evitar vivência de vínculos afetivos com os sujeitos. No entanto, a atual Política Nacional de Saúde vem dando ênfase ao cuidado domiciliar, levando os profissionais que atuam nesta modalidade de atenção a se preparar para apoiar idosos e familiares para uma experiência tranquila, por meio do fortalecimento das emoções frente ao processo que, embora negado, é

inerente à vida. Neste sentido, conta-se com a frase de Bowlby (1998): “Ajudar os seres humanos a morrerem em paz é tão importante como evitar a morte”.

Para Kovács (2003), o movimento dos Cuidados Paliativos trouxe de volta, no século XX, a possibilidade de re-humanização do morrer, opondo-se à ideia da morte como o inimigo a ser combatido a todo custo. Ou seja, a morte é vista como parte do processo da vida e os tratamentos devem visar à qualidade de vida e Cuidados Paliativos bem-estar da pessoa, considerando que nem sempre o prolongamento da vida é o melhor. Contribui para a compreensão do processo de morte e morrer a descrição das fases propostas por Kubler-Ross (1998), que, embora bastante difundidas na literatura, serão reafirmadas nesta unidade, dada a sua relevância no direcionamento das intervenções.

Na primeira fase, denominada de negação, a autora diz que a pessoa, quando confrontada com a notícia de que é portadora de uma doença potencialmente mortal, expressa uma defesa perante a possibilidade da morte mais ou menos próxima e sua reação é a de negar a verdade comunicada. Desta forma, obtém um tempo para, a seu modo, mobilizar energia emocional para o enfrentamento da situação. Trata-se de um mecanismo temporário e útil, que tende a ser substituído pela aceitação parcial. Neste momento, o mais adequado é que a equipe de saúde não faça interferências (KÜBLER-ROSS, 1998).

Numa próxima fase, descrita como de raiva, ocorrem as atitudes de revolta, fúria, inveja e ressentimento dirigidas principalmente aos familiares, amigos, Deus e equipe de saúde. Essa fase exige da equipe, equilíbrio, tolerância e compreensão de que se trata de uma manifestação de sofrimento psíquico, que necessita de escuta e aceitação e de cuidado para não interpretá-la como ofensa pessoal (KÜBLER-ROSS, 1998).

A terceira fase, de barganha, a pessoa se utiliza da estratégia de negociar o prolongamento da vida, o que se manifesta por atitudes como a de doar bens, comparecer regularmente à igreja, fazer promessas, não repetir determinados comportamentos, caso seja atendida em seu pedido.

Recomenda-se que a equipe estabeleça a comunicação para que a pessoa possa expressar dúvidas, ansiedades, desejos, visando à elaboração da perda (KÜBLER-ROSS, 1998).

Encontra-se descrita como a quarta fase a de depressão, em que se inicia um período de silêncio externo e interno, com sinais de retraimento, desesperança, retardo psicomotor, perturbações do sono e alimentação. Kübler-Ross (1998) recomenda que sejam respeitados os momentos de silêncio.

Por fim, a fase de aceitação, na qual a pessoa é capaz de falar serenamente sobre sentimentos e a inevitabilidade da morte, precisando de um profissional de saúde capacitado para lidar com a finitude da vida, o que vai muito além do cuidado com o corpo. Para tais fases, não há uma ordem ou cronologia para a ocorrência e a pessoa pode vivenciar mais de uma delas, concomitantemente, num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas delas (KÜBLER-ROSS, 1998).

SAIBA MAIS!

Leia o "Manual de cuidados paliativos", publicado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos em 2009. Acesse: <<http://goo.gl/mH7fkz>>.

3 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Na comunicação de más notícias, salienta-se a importância de resgatar, inicialmente, o sentido da comunicação, suas interfaces e sua complexidade. Considerada como um processo de criação e de recriação da informação, de troca e de partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas, é transmitida de maneira consciente ou inconsciente, de modo verbal e/ou não verbal, pela maneira de agir dos envolvidos. Comunicar consiste em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós (PHANEUF, 2005).

De acordo com Pereira (2009), a “má notícia é toda a notícia que modifica radicalmente e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro. Quanto maior a distância entre as expectativas do doente e a realidade médica, pior parecerá à notícia”. Está fortemente associada à situação de perda, que significa a retirada ou a ausência de algo (objeto ou pessoa) importante na vida de um indivíduo. Para comunicar más notícias, sugere-se que sejam seguidos os seguintes princípios:

- Preparar o ambiente;
- Demonstrar disponibilidade e capacidade de escuta (mostrar que está a ouvir: repetir e reitarar);
- Fornecer informação clara e aberta sobre os fatos e as circunstâncias;
- Responder às questões de forma apropriada, o que inclui respostas empáticas (identificar as emoções, a sua causa e reconhecê-las) e o silêncio, demonstrando interesse e disposição para ajudar;
- Estabelecer uma relação de confiança e respeito;
- Encorajar a expressão dos sentimentos, emoções e pensamentos, sem juízos de valor;
- Ajudar a pessoa a consciencializar-se daquilo que está a viver e a reconhecer os sentimentos e emoções;
- Deixar a pessoa sentir-se triste;
- Evitar desviar atenção para outras situações análogas ou fazer comparações, não minimizar a perda;
- Não esconder os nossos próprios sentimentos;
- Acompanhar e apoiar a pessoa e/ou família na tomada de decisões;
- Evitar frases triviais - “É a vida”; “Todos temos de morrer um dia”; “As coisas vão melhorar”; “És muito jovem ainda, podes refazer a tua vida”; “Foi melhor assim”; “Isto é a melhor solução”; “A senhora é nova, pode ter outros filhos”;
- O que se pode dizer: “Estou triste por você”; “Isto deve ser difícil para você”; “O que posso fazer por você?”; “Estou aqui disposta a ouvi-la”;

“Lamento que o seu bebê tenha falecido”;

- Permitir que a pessoa repita a história tantas vezes quanto necessário;
- Ajudar a reorientar prioridades, a restaurar a autoconfiança e a aprender a viver num mundo diferente;
- Evitar o isolamento e a solidão – encorajar o retorno às atividades da vida diária, emprego, visita a familiares e amigos, fazer exercício, participar em atividades sociais;
- Encaminhar para recursos da comunidade – apoio espiritual, grupos de ajuda (PEREIRA, 2009).



SÍNTESE DA UNIDADE

Chegamos ao final da primeira unidade e espero que você tenha conseguido apreender conceitos como o de cuidado paliativo, processo de morte e morrer, as fases do luto, além do enfoque ético no que diz respeito à comunicação de más notícias.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.

AGRA, L. M. C.; ALBUQUERQUE, L. H. M. Tanatologia: uma reflexão sobre a morte e o morrer. **Pesquisa Psicológica (Online)**, Maceió, ano. 1, n. 2, jan. 2008.

ANDRADE, L. Providências práticas para toda a família. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 282.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3 ed., Trad. A. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1988. (Texto original publicado em 1970).

HALTER JB, OUSLANDER JG, TINETTI ME et al. (eds) **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**, 6th edn. McGraw-Hill: New York, 2009..

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, v.14, n. 2, p.115 -167, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. P. Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.(Texto original publicado em 1969).

MORIN, Edgar. **O Homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

PEREIRA, V. Comunicar o fim de vida... o papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. **Revista Enformação**. 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/uVHLGx>>. Acesso em: 10 out. 2013.

PHANEUF, M. **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005.

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.19, n.2, p.144-149, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/JowIjs>>. Acesso em: 11 out. 2013.

Leitura complementar:

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689p.

PEREIRA, A.T.G.; FORTES, I.F.L.; MENDES, J.M.G. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, v.7, n.1, p. 227-35, jan. 2013.